

# VU Research Portal

## Verbetering van het medisch beoordelingstraject bij letselschade

Wilken, A.; Akkermans, A.J.; Legemaate, J.

**published in**  
Verkeersrecht  
2010

**document version**  
Publisher's PDF, also known as Version of record

**document license**  
CC BY-NC

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Wilken, A., Akkermans, A. J., & Legemaate, J. (2010). Verbetering van het medisch beoordelingstraject bij letselschade. *Verkeersrecht*, 2010(12), 345-351.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

**E-mail address:**  
[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

## Verbetering van het medisch beoordelingstraject bij letselschade

A. Wilken, A.J. Akkermans, J. Legemaate \*

### 1. Inleiding

Het medische beoordelingstraject wordt algemeen gezien als een van de grootste knelpunten in het afwikkelingsproces van letselschade<sup>1)</sup>. In de loop der jaren zijn verschillende initiatieven genomen ter verbetering van dit traject<sup>2)</sup>. Ook De Letselschade Raad – voorheen het NPP – houdt zich al geruime tijd met het medisch traject bezig. Momenteel is het medisch beoordelingstraject onderwerp van een van de grotere projecten van De Letselschade Raad. In dit artikel wordt eerst geschetst welke vragen en problemen zich voordoen met betrekking tot het medisch beoordelingstraject, worden de contouren beschreven van het verbeteringsproject van de Letselschaderaad, en wordt een overzicht gegeven van de oplossingsrichtingen die aan de orde komen in het tussenrapport dat in 2010 in het kader van het project is uitgebracht<sup>3)</sup>.

### 2. Voorgeschiedenis

In de Gedragscode Behandeling Letselschade (GBL) staan twee beginselen die betrekking hebben op het medisch beoordelingstraject.

**Beginstel 9:** De verzekeraar is terughoudend bij het vragen van gegevens over de gezondheid en persoonlijke situatie van het slachtoffer. Hij is voorzichtig en respectvol bij de interpretatie van die gegevens.

**Beginstel 12:** Als een medisch traject nodig is, beperken partijen de belasting daarvan voor het slachtoffer. Zij streven naar tempo, objectiviteit en dialoog.

In de toelichtingen op deze beginselen staan de bevindingen van de onderzoeksgroep van de Universiteit van Tilburg op een rij. Tijdens het ontwikkelingstraject van de GBL zijn er twee expertmeetings gehouden over het medisch traject<sup>4)</sup>. Concrete oplossingen waar iedereen zich in kon vinden, zijn er toen niet gekomen. De verwachtingen van de GBL zijn uiterst bescheiden geformuleerd. Er staat vermeld dat de knelpunten bij het uitwisselen van medische informatie en het medisch traject nader door het Nationaal Platform Personenschade (NPP), thans dus De Letselschade Raad, zullen worden aangepakt:

*'Het kan zijn dat daar een andere benadering uitkomt. Deze bepalen*

*gen behoren tot de meest controversiële uit deze code en het is nog zoeken naar andere goede praktijken.'*<sup>5)</sup>

Sinds de totstandkoming van de GBL is er op het terrein van het medisch beoordelingstraject het nodige gebeurd. Maar op een enkele uitzondering na heeft dit niet tot merkbare verbeteringen geleid<sup>6)</sup>. De conclusie moet zijn dat de GBL met betrekking tot het knelpunt van het medisch traject tot dusver geen verbeteringen heeft kunnen bewerkstelligen.

### 3. Het verbeterproject 'het medisch beoordelingstraject bij letselschade'

In juni 2008 heeft De Letselschade Raad besloten om een nieuw project te starten om te proberen op het terrein van het medisch traject verbeteringen te bewerkstelligen. Dit is het project 'Het medisch beoordelingstraject bij letselschade'. De aanpak van dit project is om eerst vanuit een wetenschappelijke invalshoek te zoeken naar een betere opzet van het medisch traject, en van daaruit steun en draagvlak voor de gevonden oplossingsrichtingen te zoeken en deze nader uit te werken. De bedoeling is dat dit onder meer uitmondt in een aantal 'werkdokumenten', zoals een model voor een medische machtiging en een model voor de rapportage door, en de vraagstelling aan, de medisch adviseur. Ook de zogenoemde IWMD (Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen) vraagstelling zal deel gaan uitmaken van de werkdokumenten die behoren tot de GBL<sup>7)</sup>. In alle fases van het project wordt zo nauw mogelijk samengewerkt met professionals uit de letselschadepraktijk, zowel van de 'halende' als van de

1. Zie A.J. Akkermans en A.J. Van, De medische expertise bij personenschade: knelpunten en mogelijke oplossingen, TVP 2002 p. 57-61; A.J. Akkermans, Verbeterde vraagstelling voor medische expertises. Een inventarisatie van knelpunten, verbeteringen, en mogelijke verdere aanpak, TVP 2005 p. 69-80 en W.C.T. Weterings, 'De

(kosten van) afwikkeling van letselschadeclaims op macroniveau', in: *De kosten van het geschil*, (Inleidingen LSA symposium 2008), Den Haag: Sdu 2008, p. 133-157.

2. Zie A.J. Akkermans, M.H. Elferink en A.J. Van, Verbetering van het medisch traject, TVP 2005 p. 116-121.

3. A. Wilken, A.J. Akkermans en J. Legemaate, Medisch beoordelingstraject bij letselschade – Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. Den Haag, De Letselschaderaad, 2010.

4. Deze expertmeetings hebben plaatsgevonden op 23 juni 2005 en 29 september 2005, zie: <https://normering.rechten.uvt.nl/>, > expertmeetings

5. GBL p. 53 en idem op p. 66.

6. Door de IWMD-vraagstelling levert de vraagstelling aan de deskundige (veel) minder problemen op, en ook zijn er minder medische expertises dan vroeger. Aldus de uitkomsten van het onderzoek van W.C.T. Weterings (Weterings 2008 op p. 142-143).

7. Zie [www.rechten.vu.nl/IWMD](http://www.rechten.vu.nl/IWMD) > projecten > Vraagstelling causaal verband bij ongeval > Vraagstelling januari 2010.

\* Mw. mr. Annelies Wilken is onderzoeker aan de afdeling privaatrecht van de VU, prof. mr. Arno Akkermans is hoogleraar privaatrecht aan de VU, prof. mr. Johan Legemaate is hoogleraar gezondheidsrecht aan de UvA en het AMC. Alle drie auteurs zijn verbonden aan het Interfacultair samenwerkingsverband Gezondheid en Recht (IGER) en lid van de Projectgroep medische deskundigen in de rechtspleging.

‘betalende’ kant. Uiteindelijk zullen de resultaten worden vastgelegd in een medische paragraaf bij de GBL, op basis waarvan de beginselen 9 en 12 kunnen worden aangevuld en/of geherformuleerd. Daarnaast zou een onderdeel van het eindresultaat kunnen zijn dat een aanvulling wordt gemaakt op de huidige KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens.

#### 4. Twee medische beoordelingstrajecten

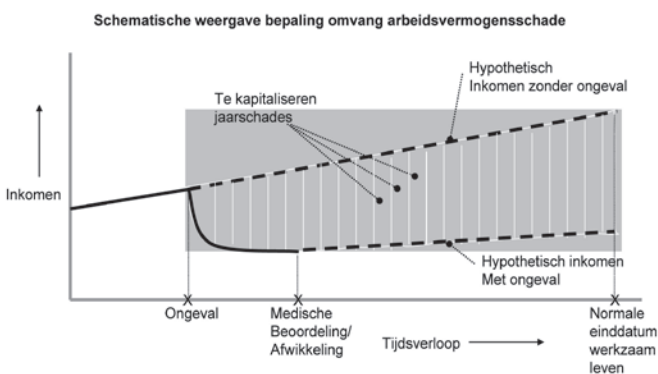
Het is van belang voor ogen te houden dat het verbeterproject van De Letselschade Raad zich vooralsnog uitsluitend richt op het medisch beoordelingstraject zoals dat plaatsvindt bij de beoordeling van de omvang van de schade. Het gaat dus niet om de medische beoordeling die nodig is bij medische aansprakelijkheidszaken.



Men zou in dit verband kunnen zeggen dat er sprake is van twee medische beoordelingstrajecten. Het ‘eerste’ traject – ter beoordeling van de aansprakelijkheid – doet zich enkel voor in medische aansprakelijkheidszaken. Het ‘tweede’ traject – ter beoordeling van de omvang van de schade als gevolg van een ongeval – is in nagenoeg alle letselschadezaken aan de orde. Het onderhavige onderzoek richt zich in eerste instantie uitsluitend op het ‘tweede’ medische beoordelingstraject; ten aanzien van dit traject zal een medische paragraaf worden toegevoegd aan de GBL. Tot dusver is de GBL niet van toepassing op de afwikkeling van medische aansprakelijkheidszaken. De projectorganisatie Gedragscode Medische Aansprakelijkheid heeft inmiddels een met de GBL vergelijkbare gedragscode ontwikkeld, de Gedragscode Openheid over medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Hierdoor wordt ook het voornoemde ‘eerste’ medisch beoordelingstraject bestreken. Wellicht dat sommige uitkomsten van het onderhavige project eveneens bruikbaar zullen blijken voor een soepeler verloop van het ‘eerste’ medisch beoordelingstraject. In een volgend stadium zullen de resultaten van beide projecten nader op elkaar kunnen worden afgestemd.

#### 5. De bepaling van de omvang van letselschade

De inhoud van het ‘tweede’ medisch beoordelingstraject hangt samen met de wijze waarop bij letselschade de omvang van de schadevergoeding wordt vastgesteld. De meest gecompliceerde schadepost die daarbij een rol speelt is de eventuele derving van inkomsten. Men spreekt dan veelal van ‘arbeidsvermogensschade’<sup>8)</sup>. Het vaststellen van arbeidsvermogensschade gebeurt, eenvoudig gezegd, door het maken van een vergelijking tussen de (toekomstige) inkomenssituatie van de benadeelde met ongeval en de hypothetische inkomenssituatie van de benadeelde zonder ongeval. Dit kan als volgt schematisch worden weergegeven:



Zoals gezegd wordt arbeidsvermogensschade begroot door de vergelijking van twee verdienvermogens. Omdat zij praktisch altijd wordt afgewikkeld door betaling van een bedrag ineens, gaat het daarbij om de vergelijking van twee hypothetische situaties. In de eerste plaats is dat het verdienvermogen dat de benadeelde zou hebben gehad als het ongeval niet had plaatsgevonden. In het schema wordt deze hypothetische situatie weergegeven door de bovenste gestippelde lijn. In de tweede plaats is dat het verdienvermogen dat de benadeelde thans nog resteert. In het schema wordt deze situatie weergegeven door de onderste, grotendeels gestippelde lijn. Dit tweede verdienvermogen is weliswaar bekend voor de periode tussen het ongeval en het tijdstip waarop de afwikkeling c.q. de medische beoordeling plaatsvindt (vandaar de doorgetrokken lijn), maar voor de toekomst, dat wil zeggen de periode tussen de afwikkeling en de normale einddatum van het werkzame leven van de benadeelde, is dit niet minder hypothetisch dan het verdienvermogen zonder ongeval (vandaar dat de rest van de lijn gestippeld is<sup>9)</sup>).

Is eenmaal overeengekomen of vastgesteld van welke twee hypothetische verdienvermogens zal worden uitgegaan, dan is de berekening van de arbeidsvermogensschade een relatief eenvoudige kwestie. Vergelijking op jaarbasis van beide verdienvermogens levert de schade per jaar op. In het schema zijn de jaarschades aangegeven door de grijze kolommen. Vervolgens worden deze jaarbedragen gekapitaliseerd, dat wil zeggen dat de contante waarde van deze jaarschades wordt vastgesteld op een gefixeerde datum (de zogenaamde kapitalisatiedatum), zodat men uitkomt op een bedrag in één som.

Het grootste knelpunt zit echter in de vraag van welke verdienvermogens bij deze vergelijking moet worden uitgegaan. Omdat het nu eenmaal gaat om *hypothetische* verdienvermogens, is er voor partijen veel ruimte om met elkaar van mening te verschillen over de veronderstellingen waarvan moet worden uitgegaan. Kan benadeelde A haar werk als secretaresse inderdaad voor de rest van haar leven nog maar maximaal 20 uur per week uitvoeren of is dat geen redelijke veronderstelling? Was benadeelde B zonder ongeval altijd onderwijzeres gebleven, of zou zij zich hebben kunnen opwerken tot schooldirectrice? Zou benadeelde C zonder ongeval hebben doorgewerkt tot zijn 65e levensjaar, of zou hij wegens ernstig overgewicht en versleten knieën al voor die tijd zijn uitgevallen in zijn beroep van pijpfitter?

De grondslag voor de veronderstellingen waarover partijen het eens moeten zien te worden, moet mede worden gelegd in het medisch beoordelingstraject. De daadwerkelijke medische toestand van de benadeelde, en de mogelijke toekomstige ontwikkelingen daarin, is één van de uitgangspunten voor de veronderstellingen over het verdienvermogen in de situatie met ongeval. En de hypothetische medische toestand waarin de benadeelde zou hebben verkeerd als het ongeval niet had plaatsgevonden, is één van de uitgangspunten voor de veronderstellingen over het verdienvermogen in de hypothetische situatie zonder ongeval.

#### 6. Inschakeling van de medisch adviseurs

Om de medische toestand van de benadeelde met en zonder ongeval in kaart te kunnen brengen, zal in veel letselschadezaken een medisch beoordelingstraject noodzakelijk zijn. In artikel 1 van De Letselschade Richtlijn Medisch Traject wordt aangegeven dat in ieder letselschadedossier een gekwalificeerd medisch adviseur verantwoordelijk is voor het medisch traject. Slechts wanneer sprake is van ‘gering letsel’ en er geen medische gegevens zijn verzameld, zou geen sprake (hoeven) zijn van een medisch traject. In alle andere gevallen is een medisch beoordelingstraject volgens de Richtlijn wel aangewezen. Dat betekent het inschakelen van een medisch adviseur door de belangenbehartiger

van de benadeelde en het inschakelen van een medisch adviseur door de verzekeraar. De medisch adviseur die werkt voor een verzekeraar wordt ook wel aangeduid als MAA ('Medisch Adviseur van Assura-deur') de medisch adviseur die werkt voor de benadeelde als MAS ('Medisch Adviseur van Slachtoffer'). Het niet inschakelen van een MAS kan voor een letselschadeadvocaat onder omstandigheden een beroepsfout opleveren<sup>10</sup>). Ook de verzekeraar is gehouden zich te laten adviseren door een MAA<sup>11</sup>).

Het medisch beoordelingstraject bestaat over het algemeen uit:

1. Het vragen van advies aan de medisch adviseurs van partijen;<sup>12</sup>)
2. Het verzamelen en beoordelen van medische informatie (en eventueel eenzijdig inwinnen van specialistisch advies);
3. Het adviseren door MAS en MAA aan hun respectievelijke opdrachtgevers;
4. En – als de adviezen van de medisch adviseurs (te) ver uiteenlopen, de medisch adviseurs het op bepaalde punten niet met elkaar eens zijn, en/of de medisch adviseurs behoefte hebben aan specialistische voorlichting – het inschakelen van een onafhankelijke deskundige.

Het verbeterproject van De Letselschade Raad gaat vooral over de eerste drie fasen van het medisch beoordelingstraject. Aan de vierde fase (het inschakelen van een onafhankelijke deskundige), wordt slechts in beperkte mate aandacht besteed. De reden hiervoor is dat het onafhankelijk deskundigenbericht de afgelopen jaren zowel in de wetenschap, als in de (rechts)praktijk al volop in de belangstelling heeft gestaan<sup>13</sup>).

## 7. Knelpunten en oplossingsrichtingen

In het kader van het project zijn tal van knelpunten en problemen geïnventariseerd met betrekking tot het medisch beoordelingstraject. Zij staan beschreven in het tussenrapport dat in 2010 is uitgebracht, getiteld 'Medisch beoordelingstraject bij letselschade – Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen' (zie kader I).

Deze knelpunten en problemen hangen allemaal in meer of mindere mate samen met twee kernproblemen: de uitwisseling van medische informatie en de rol en positie van de medisch adviseur<sup>14</sup>). Het kernprobleem van de uitwisseling van medische informatie omvat twee aspecten: allereerst het aspect van het verzamelen van medische informatie en vervolgens het aspect van de omgang met medische informa-

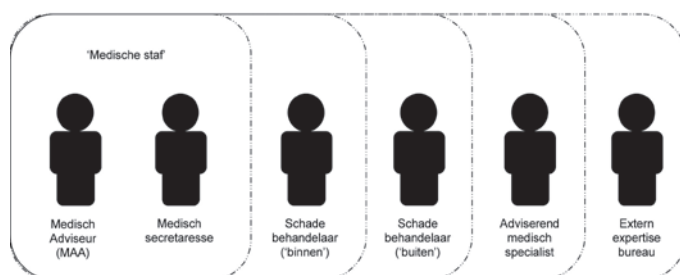
tie. Het kernprobleem van de rol en positie van de medisch adviseur is vooral dat de professionele standaard van de medisch adviseur onvoldoende is uitgewerkt en vastgelegd, en dat hij zich (mede als gevolg daarvan) te veel voor het karretje van zijn opdrachtgever laat spannen<sup>15</sup>). Voor een uitvoerige analyse en beschrijving van de knelpunten zij verwezen naar het tussenrapport. De lijst van 27 knelpunten en problemen uit het rapport is als bijlage bij dit artikel opgenomen (zie kader II op de volgende pagina).

Ten aanzien van deze knelpunten en problemen zijn vervolgens oplossingsrichtingen verkend. Hieronder worden de belangrijkste daarvan besproken. Met betrekking tot deze verbeterinitiatieven is in het kader van het project een intensieve consultatie van het veld georganiseerd, onder andere door internetconsultatie en door middel van speciaal daarvoor georganiseerde expertmeetings<sup>16</sup>).

## 8. Ontwikkelen van een format voor een goed uitgewerkte 'medische machtiging'

Op grond van de in 2010 vervangen, vorige versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens, bestond de nodige onduidelijkheid over de vraag wie er deel uitmaken van de zogenoemde 'Functionele eenheid' (de groep van personen aan de kant van de verzekeraar die betrokken is bij de medische beoordeling) en welke bevoegdheden binnen die functionele eenheid bestaan tot inzage in de medische informatie.

Hoe ver reikt de 'functionele eenheid'?



In de nieuwe versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens wordt het begrip 'functionele eenheid' niet meer gebruikt<sup>17</sup>), maar is evenmin duidelijk welke personen er aan verzekeraarzijde tot

### Kader I: Rapport Medisch beoordelingstraject Rapport medisch beoordelingstraject

In 2010 verscheen in het kader van het verbeterproject van De Letselschade Raad het rapport 'Medisch beoordelingstraject bij letselschade. Inventarisatie bestaande normering, knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen' (289 p.). Op de website van De Letselschade Raad staat een gratis online bladerbare versie van het rapport: [http://www.deletselschaderaad.nl/library/books/Rapport\\_Medischbeoordelingstraject/](http://www.deletselschaderaad.nl/library/books/Rapport_Medischbeoordelingstraject/)

Een gedrukt exemplaar kan worden opgevraagd via [info@deletselschaderaad.nl](mailto:info@deletselschaderaad.nl) (kosten € 15,-)



8. Arbeidsvermogensschade is niet alleen qua omvang veelal de belangrijkste, maar ook qua begroting de meest problematische schadepost. Van de inschattingen die moeten worden gemaakt om arbeidsvermogensschade te waarderen, kunnen doorgaans ook de andere 'moeilijke' schadeposten worden afgeleid, zoals de behoefte aan huishoudelijke hulp en het verlies van zelfwerkzaamheid.
9. Zie A.J. Akkermans, 'Causaliteit bij letselschade en medische expertise', TVP 2003 p. 93-104.
10. Gerechtshof Leeuwarden 5 september 2007, VR 2008, 60.
11. Artikel 8 Bedrijfsregeling 15.
12. Doorgaans raadplegen beide partijen ieder een eigen medisch adviseur. Sporadisch wordt door partijen gezamenlijk één medisch adviseur geraadpleegd.
13. Dit heeft onder meer geresulteerd in de IWMD vraagstelling Causaal verband bij ongeval, de Leidraad deskundigen in civiele zaken van de Raad voor de rechtspraak, en de WMSR richtlijn medisch specialistische rapportage.
14. Een beknopte beschrijving is te vinden in A. Wilken en A.J. Akkermans, Het medisch beoordelingstraject bij letselschadezaken: de stand van zaken, PIV-Bulletin 2010 nr. 1, p. 1-8.
15. Zie A. Wilken, Op weg naar een professionele standaard voor medisch adviseurs in letselschadezaken, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 2009(8), 588-600.
16. Deze expertmeetings vonden plaats op 25 en 27 mei 2009. Een lijst van deelnemers en een volledig verslag is opgenomen in de bijlagen bij het rapport.
17. Zeer kritisch daarover: E.J.C. de Jong en E.J. Wervelman, De medisch adviseur in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen: een onbegrijpelijke regeling voor het omgaan met medische gegevens, PIV-Bulletin oktober 2010, p. 6-10.



## Kader II: Knelpunten in het medisch beoordelingstraject

- Knelpunt 1: De uitspraken van de Hoge Raad bieden geen richtsnoer voor het probleem van de inzage in de medische informatie voor het medisch beoordelingstraject bij letselschade.
- Knelpunt 2: Welke medische informatie is relevant en wie bepaalt dat?
- Knelpunt 3: Hoe kan worden bewerkstelligd dat beide partijen daadwerkelijk toegang krijgen tot dezelfde medische informatie?
- Knelpunt 4: Hoe kan voor de aansprakelijkheidsverzekeraar doorzichtig worden gemaakt dat hij daadwerkelijk alle (potentieel) relevante medische informatie heeft kunnen beoordelen?
- Knelpunt 5: Hoe kan de privacy van de benadeelde zo veel mogelijk worden gewaarborgd?
- Knelpunt 6: Hoe kan worden tegengegaan dat door (de medisch adviseur van) de verzekeraar aan het medische dossier irrelevante verweren worden ontleend?
- Knelpunt 7: Hoe kan worden voorkomen dat inzage in medische gegevens de behandelrelatie met behandelende artsen of andere WGBO-hulpverleners verstoort?
- Knelpunt 8: Wie verzamelt de medische informatie aan slachtofferzijde?
- Knelpunt 9: Het uitgangspunt dat de MAA in beginsel genoeg moet nemen met antwoorden op gerichte vragen, is bij letselschade slechts beperkt geschikt om vorm te geven aan het proportionaliteitsvereiste.
- Knelpunt 10: Wat moet precies onder het begrip functionele eenheid worden verstaan en wie maken er deel uit van deze functionele eenheid?
- Knelpunt 11: De medisch adviseur beschikt over het algemeen over onvoldoende juridisch inzicht en informatie over de schadeclaim om zelfstandig de (potentiële) relevantie van medische informatie te kunnen beoordelen.
- Knelpunt 12: Uit de bestaande wet- en regelgeving en jurisprudentie blijkt niet duidelijk op welke wijze binnen de verzekeraar met de inzage in medische informatie moet worden omgegaan.
- Knelpunt 13: Het is onduidelijk of het voldoende is dat de benadeelde door de MAA wordt geïnformeerd over de inschakeling van een andere arts of dat hij daar expliciet toestemming voor zou moeten geven.
- Knelpunt 14: Dienen de medisch adviseurs van beide partijen hun

medische adviezen standaard aan elkaar ter beschikking te stellen?

- Knelpunt 15: Toezicht op en handhaving van de privacywaarborgen en rechten die de WBP en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens de benadeelde bieden, is onvoldoende uitgewerkt.
- Knelpunt 16: Aan welke eisen dient een medisch adviseur te voldoen om als een *gekwatificeerd* medisch adviseur te kunnen worden aangemerkt?
- Knelpunt 17: Hoe kan de communicatie tussen de belangenbehartiger / schadebehandelaar en de medisch adviseur worden verbeterd en het onderlinge vertrouwen worden bevorderd?
- Knelpunt 18: De professionele standaard voor de medisch adviseur is onvoldoende beschreven en vastgelegd.
- Knelpunt 19: Wat is, gegeven de belangentegenstelling tussen partijen, de precieze betekenis van de onafhankelijkheid van de medisch adviseur?
- Knelpunt 20: Welke eisen kunnen aan adviezen van medisch adviseurs worden gesteld en hoe kan worden bewerkstelligd dat er op meer gestructureerde wijze wordt geadviseerd?
- Knelpunt 21: Dienen adviezen van medisch adviseurs in het kader van de openheid en toetsbaarheid op schrift te worden gesteld?
- Knelpunt 22: In hoeverre is directe communicatie en eventueel samenwerking tussen MAS en MAA wenselijk?
- Knelpunt 23: Doordat er door medisch adviseurs te vaak op weinig gestructureerde wijze wordt gerapporteerd, is advisering door medisch adviseurs onvoldoende toetsbaar.
- Knelpunt 24: Medisch adviseurs stellen zich in de huidige praktijk onvoldoende open en toetsbaar op en leggen onvoldoende verantwoording af.
- Knelpunt 25: Brengt – naast de kwestie van knelpunt 14 – niet ook de plicht van medisch adviseurs om zich open en toetsbaar op te stellen mee dat zij aan de (medisch adviseur van de) wederpartij inzage verschaffen in de adviezen aan hun opdrachtgevers?
- Knelpunt 26: Hoe ver reikt de deskundigheid van de medisch adviseur?
- Knelpunt 27: Er bestaan geen uniforme (voor de buitenwereld verifieerbare) opleidingseisen die gelden voor alle medisch adviseurs in letselschadezaken (zowel MAS als MAA).

de kring van gerechtigden tot de medische informatie behoren<sup>18</sup>). Voor de benadeelde is dus niet op voorhand duidelijk op welke wijze er binnen de organisatie van een verzekeraar wordt omgegaan met zijn medische informatie als hij toestemming geeft voor inzage. Deze problemen zouden kunnen worden opgelost door het middel van een veel uitvoeriger dan gebruikelijk uitgewerkte ‘medische machtiging’. In een dergelijke machtiging kan de benadeelde op door hem te stellen voorwaarden toestemming geven voor verstrekking van zijn medische informatie aan een duidelijk te omschrijven groep personen. De te stellen voorwaarden zouden dan betrekking hebben op het beheer van de medische gegevens, waaronder de betreffende personen, hun bevoegdheden en procedures. Een dergelijke machtiging zou hiermee kunnen bijdragen aan empowerment van het slachtoffer; het slachtoffer kan immers invloed uitoefenen op de kring van gerechtigden aan wie zijn medische informatie wordt verstrekt en onder welke voorwaarden dit kan en mag. In de machtiging zou een boeteclausule kunnen worden

afgesproken voor onjuiste verzameling of onjuiste omgang met medische informatie, zoals bijvoorbeeld het op alle slakken zout leggen.

## 9. Ontwikkelen van helderder normen voor de omgang met medische informatie voor verzekeraars in letselschadezaken

In de tussenrapportage wordt geconstateerd dat met betrekking tot de problematiek van de inzage in de medische gegevens steeds een op het betreffende geval toegespitste belangenafweging zal moeten worden gemaakt, op basis van de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit<sup>19</sup>). Dat neemt niet weg dat verbetering van het medisch beoordelingstraject in algemene zin niet anders kan inhouden dan een grotere openheid met betrekking tot de medische gegevens, waar tegenover meer transparantie, een betere privacybescherming, en een kwalitatief

betere beoordeling aan de kant van de verzekeraar staat. Om de benadeelde betere privacywaarborgen te kunnen bieden, zou kunnen worden getracht om helderder normen te ontwikkelen dan thans bestaan voor het verzamelen, het beheren en de omgang met medische informatie door (medisch adviseurs van) verzekeraars. Bij de uitwerking van een dergelijke normen zou beter moeten worden aangesloten bij bestaande regelgeving op dit gebied in de WBP, de (nieuwe versie van de) Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens en de WGBO. Deze normen zouden kunnen worden neergelegd in een protocol of gedragsregels voor omgang met medische informatie door verzekeraars in letselschadezaken, maar de precieze vorm is onderschikt aan de inhoud.

Het ligt voor de hand in het kader van de privacybescherming van de benadeelde in ieder geval aandacht te besteden aan (1) de bevoegdheden en de (afgeleide) geheimhoudingsplicht van de MAA en de personen die in de oude versie van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens werden aangeduid als de leden van de functionele eenheid; (2) het inzage-recht van de benadeelde ten aanzien van het medisch dossier van de MAA en (3) het blokkeringsrecht van de benadeelde ten aanzien van het medisch advies van de MAA.

Ook zou gedacht kunnen worden aan het ontwikkelen van criteria met behulp waarvan vorm kan worden gegeven aan het proportionaliteitsvereiste met betrekking tot de omvang van inzage in medische informatie (waaronder de patiëntenkaart). Daarbij kan gedacht worden aan criteria met betrekking tot de looptijd van de schade, de omvang van het financiële belang, de aard van het letsel, bekendheid met eerdere ongevallen of uitval uit activiteiten voor het ongeval, een atypisch verloop van de klachten, tekenen van aggraviatie, simulatie, of onjuiste mededelingen van de benadeelde, strijd met het gezondheidsbelang, etc. Dergelijke criteria voor beoordeling van de noodzakelijke omvang van inzage in medische informatie zouden eveneens kunnen worden opgenomen in normen (al of niet in de vorm van een protocol) voor verzekeraars voor omgang met medische informatie in letselschadezaken. Ook zou de norm kunnen worden vastgelegd dat de inzage in principe wordt beperkt tot 5 jaar voor het ongeval (of een andere periode), tenzij er concrete aanwijzingen zijn (of na inzage blijken te zijn) dat de medische voorgeschiedenis van verder terug relevant zou kunnen zijn.

Ook op het punt van toezicht op naleving en rechtshandhaving zijn verbeteringen denkbaar. Voor wat betreft toezicht zou wederom aansluiting kunnen worden gezocht bij de WBP en de (nieuwe versie van de) Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens. In aanvulling op deze regelgeving zou door de personenschadesector zelf een onafhankelijke visitatiecommissie in het leven kunnen worden geroepen die de naleving van de normen voor verzekeraars voor omgang met medische informatie in letselschadezaken controleert. Te verwachten valt dat van visitatie en het openbaar maken van de rapportage daarover voor verzekeraars een sterke prikkel uit zal gaan om de privacybewaking op orde te hebben. Eventueel geconstateerde tekortkomingen zouden in de praktijk immers op diverse manieren consequenties kunnen krijgen, zowel in als buiten rechte.

Ook voor wat betreft rechtshandhaving zijn de WBP en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens nuttige aanknopingspunten. Zo bevat de WBP instrumenten voor de benadeelde om de verzekeraar te dwingen tot naleving van de WBP en de mogelijkheid voor de benadeelde zich tot de civiele rechter te wenden en (im)materiële schade te vorderen, indien door een verzekeraar in strijd met de WBP en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens is gehandeld. In het verlengde van deze regelgeving zou kunnen worden overwogen om op een of andere wijze de norm vast te leggen dat de verzekeraar een financiële vergoeding schuldig is aan de benadeelde, indien hij op onjuiste wijze met de medische informatie van de benadeelde omgaat.

Het ontlenen van verweren aan de medische informatie van de benadeelde die in redelijkheid nergens toe kunnen leiden (het op alle slakken zout leggen) zou hier eveneens onder kunnen worden geschaard. Een dergelijke vergoeding zou ook contractueel kunnen worden overeengekomen tussen benadeelde en verzekeraar.

## 10. Keuzemodel voor benadeelden voor ontsluiting van de medische informatie

In een eerder stadium is binnen de werkgroep medisch traject van – toen nog – het NPP en de IWMD al nagedacht over een pilot waarin aan de benadeelde een aantal mogelijkheden wordt voorgelegd voor ontsluiting van medische informatie. Deze mogelijkheden zijn:

1. Inzage verlenen door middel van het overleggen van fotokopieën van zijn medische dossier;
2. Inzage verlenen door middel van een inzagesessie waarbij uitsluitend inzage wordt verleend en niet meer;
3. Het invullen van een vragenlijst die gelijkenis vertoont met de lijst die gehanteerd wordt bij inkomensverzekeringen, maar specifiek is toegespitst op letselschade (de zogenaamde ‘Gezondheidsverklaring Personenschade’);
4. De optie van het werken met één onpartijdige medisch adviseur.

De gedachte is dat met een dergelijk keuzemodel niet alleen de knelpunten met betrekking tot de inzage in de medische gegevens kunnen worden aangepakt. Het bieden van keuzes aan de benadeelde geeft hem ook expliciete invloed op het medische beoordelingstraject, en is daarmee – net als de hiervoor besproken ‘medische machtiging’ – tevens een middel tot empowerment van de benadeelde.

Tijdens de expertmeetings die in het kader van dit project hebben plaatsgevonden, is gebleken dat voor dit initiatief minder steun bestaat dan voor de voornoemde initiatieven tot (i) het ontwikkelen van een ‘medische machtiging’ (ii) het ontwikkelen van heldere normen voor de omgang met medische informatie en het hierna nader toe te lichten initiatief tot (iii) het ontwikkelen van een format voor medische advisering (zie hierna). Vooralsnog is derhalve besloten het initiatief van een keuzemodel voor ontsluiting van medische informatie op dit moment (nog) niet uit te proberen en voorrang te geven aan de drie voornoemde initiatieven.

## 11. Format voor medische advisering

Er zijn verschillende redenen om te streven naar nadere structurering van de rapportage van de medisch adviseur, onder meer de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege van 24 februari 2009 waarin ondubbelzinnig werd uitgesproken dat een advies van een medisch adviseur dient te voldoen aan de eisen die het CTG in zijn jurisprudentie heeft ontwikkeld voor rapportages van onafhankelijk deskundigen<sup>20</sup>). Nadere structurering van de rapportage van de medisch adviseur is onafwendbaar. Het ontwikkelen van een format voor adviezen van medisch adviseurs aan hun opdrachtgevers, al of niet op basis van een hiertoe ontwikkelde model-vraagstelling, zou kunnen leiden tot aanzienlijke verbeteringen in het medisch beoordelingstraject.

18. Zie A. Wilken, De Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen herzien: een overzicht van wijzigingen en consequenties voor de personenschadepraktijk, TVP 2010 nr. 4 (te verschijnen), J.P.M. Simons, Omgaan met medische gegevens bij de behandeling van letselschades, PIV-Bulletin, special juni 2010, p. 9-15.

19. Zie hoofdstuk 6 van het rapport.

20. CTG 24 februari 2009, 2007/376 en 2007/368.

Mogelijke aanzetten hiertoe zijn aansluiting bij de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR) en het ontwikkelen van een standaardvraagstelling voor de advisering door medisch adviseurs. Een dergelijke vraagstelling zou niet alleen de uniformiteit van de adviezen vergroten, maar ook geeft de opdrachtgever er duidelijk mee aan wat hij van zijn medisch adviseur verwacht. Dit komt de taakverdeling en rolafbakening tussen de medisch adviseur en de schadebehandelaar, respectievelijk belangenbehartiger ten goede, en kan voorkomen dat ze zich op elkaars werkterrein begeven. Daarbij kan aansluiting worden gezocht bij de 'Richtlijn voor het opstellen van een medisch advies door een geneeskundig adviseur personenschade' die onlangs door de GAV (Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs) is opgesteld<sup>21</sup>).

Een rapportageformat voor medisch adviseurs aan de hand van een specifieke vraagstelling zal waarschijnlijk ook de openheid en toetsbaarheid van de werkzaamheden en de rapportages van medisch adviseurs ten goede komen. De medisch adviseur maakt zijn werkzaamheden veel beter controleerbaar voor zijn opdrachtgever, de wederpartij en – indien het zo loopt – uiteindelijk ook voor de (tucht)rechter.

## 12 Diverse aspecten van de werkwijze van medisch adviseurs

Naast het ontwikkelen van het hierboven bedoelde rapportageformat voor medisch adviseurs zou een aantal pilots kunnen worden ontwikkeld, waarin nieuwe werkwijzen in het medisch beoordelingstraject worden uitgetoetst. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een pilot waarin partijen elkaar standaard (de gelegenheid tot) inzage verlenen in de adviezen van hun medisch adviseurs, een pilot waarin partijen hun medisch adviseurs dezelfde vraagstelling voorleggen, een pilot waarin wordt geëxperimenteerd met direct contact en samenwerking tussen MAS en MAA en een pilot waarin (in relatief eenvoudige zaken) met één medisch adviseur wordt gewerkt.

## 13. Beroepscode voor alle medisch adviseurs (MAS én MAA)

Veel van de geconstateerde knelpunten hangen samen met het feit dat de professionele standaard van medisch adviseurs in letselschadezaken onvoldoende is uitgekristalliseerd en op schrift is gesteld. Het ontwikkelen van de professionele standaard is uiteraard in de eerste plaats aan de beroepsgroep zelf. Binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs heeft dit lang op zich laten wachten. Dat hangt waarschijnlijk mede samen met de verdeeldheid die de beroepsgroep kenmerkt. De GAV heeft zoals bekend sinds enige jaren de ambitie om de algemene beroepsorganisatie te zijn waarin zowel medisch adviseurs die werken voor verzekeraars als medisch adviseurs die werken voor slachtoffers zijn verenigd. Dat neemt niet weg dat er daarnaast een groep medisch adviseurs is die alleen is aangesloten bij de WAA (Werkgroep Artsen Advocaten). De WAA beschouwt zich als een organisatie die zich primair inzet voor het slachtoffer en heeft een aanzienlijke invloed op de opinievorming aan de zijde van de MAS. De GAV participeert in De Letselschade Raad, de WAA niet. De relatie tussen beide organisaties wordt vanouds niet gekenmerkt door vertrouwen<sup>22</sup>), maar gelukkig zijn er onlangs opnieuw serieuze openingen naar elkaar gemaakt.

Zowel de GAV als (de medisch adviseurs van) de WAA zijn inmiddels overtuigd van de noodzaak van verdere ontwikkeling van hun professionele standaard. Zoals gezegd zijn er onlangs zowel door de GAV als door de WAA initiatieven genomen ter ontwikkeling van beroeps-codes, en is men – mede op aanbeveling van de VU Projectgroep en de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der

Geneeskunst) – inmiddels aan het proberen om te komen tot één beroepscode voor beide bloedgroepen, met een beperkt aantal bepalingen die specifiek betrekking hebben op de MAS respectievelijk de MAA. Bij de ontwikkeling van deze gezamenlijke beroepscode verdient het aanbeveling als hierbij ook de opdrachtgevers aan beide zijden zouden worden betrokken (dat wil zeggen verzekeraars en belangenbehartigers van slachtoffers) en als aanvullende steun zou worden gezocht bij de KNMG en de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG).

In een gezamenlijke beroepscode voor medisch adviseurs zou aandacht kunnen worden besteed aan:

- de (opleidings)eisen die aan een gekwalificeerd medisch adviseur kunnen worden gesteld;
- een duidelijke taakomschrijving voor de medisch adviseur bij letselschadezaken (en daarmee rolafbakening ten opzichte van de schadebehandelaar);
- de betekenis van de Gedragsregels voor artsen voor de werkzaamheden van de medisch adviseur; en meer in het bijzonder
- een omschrijving van de deskundigheid van de medisch adviseur (regel I.5 van de Gedragsregels voor artsen: de arts neemt de grenzen van zijn beroepsuitoefening in acht);
- de noodzaak van openheid en toetsbaarheid, en het afleggen van verantwoording (regel I.6 van de Gedragsregels voor artsen: de arts is bereid zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen).

Uiteraard zou eveneens aandacht moeten worden besteed aan de (betekenis van) onafhankelijkheid van de medisch adviseur in letselschadezaken. Er zou een beschrijving van de positie van de medisch adviseur kunnen worden opgenomen in het spanningsveld tussen de van hem verlangde objectiviteit en het partijbelang van zijn opdrachtgever. Er zou echter ook overwogen kunnen worden dit belangrijke aspect van de professionele standaard van de medisch adviseur uit te werken in een afzonderlijk professioneel statuut voor medisch adviseurs in letselschadezaken, waarin de onafhankelijke positie van de medisch adviseur bij de uitvoering van zijn werkzaamheden wordt gewaarborgd. Hier zou aansluiting kunnen worden gezocht bij de professionele statuten die zijn ontwikkeld voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

De positieve ontwikkelingen in het kader van de totstandkoming van een gezamenlijke beroepscode voor medisch adviseurs in letselschadezaken wordt hopelijk doorgezet, in die zin dat er door – of in ieder geval in nauwe samenwerking met – de gehele beroepsgroep van medisch adviseurs (dus zowel MAS als MAA) eveneens een aantal aanvullende documenten zou worden ontwikkeld waarin de belangrijkste aspecten van de professionele standaard van de medisch adviseur in letselschadezaken zou worden beschreven en vastgelegd. Ook in dit kader kan lering worden getrokken uit de verschillende documenten waarin bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de professionele standaard op hun vakgebied hebben beschreven en uitgewerkt.

## 14. Digitaal medisch dossier

Tenslotte is uit de expertmeetings naar voren gekomen dat veel winst wordt gezien in de ontwikkeling van een digitaal medisch dossier en digitale uitwisseling van medische informatie. Dit niet alleen met het oog op tijdwinst maar ook in verband met de mogelijkheid dat medische gegevens in beheer blijven bij (de medisch adviseur van) het slachtoffer, en slechts op 'read only' basis aan (de medisch adviseur van) de verzekeraar ter beschikking worden gesteld. Er is reeds een aantal commerciële organisaties dat zich met de ontwikkeling van dergelijke digitale applicaties bezig houdt. De inhoud en vormgeving van een digitaal medisch dossier hangt echter sterk samen met de ontwikkeling van regels en afspraken rondom de omgang met en uitwisseling

van medische informatie. Op technisch niveau speelt dat er verschillende aanbieders zijn van digitale systemen die zich lenen voor een digitaal medisch dossier, zonder dat sprake is van één algemene marktstandaard waardoor elke applicatie met elke applicatie kan communiceren. Hoewel van een digitaal medisch dossier aanzienlijke verbeteringen kunnen worden verwacht, worden de mogelijkheden tot het initiëren van een pilot sterk beïnvloed door de ontwikkelingen op het bredere punt van de digitale systemen voor de afwikkeling van letselschades. De Letselschade Raad is voortdurend op zoek naar mogelijkheden voor een doorbraak.

## 15. Afsluitende opmerkingen

Zowel benadeelden als verzekeraars hebben veel belang bij een verbetering van het medisch beoordelingstraject. Die verbetering zal alleen mogelijk blijken als voldoende partijen in het veld bereid zijn om zich daarvoor in te zetten. Tot dusver stemt de inzet en participatie vanuit de praktijk optimistisch. Voor de ontwikkeling van een format voor

medische advisering is een werkgroep samengesteld. De vorderingen daarvan kunnen worden gevolgd op de internetpagina's van het project<sup>23</sup>). Een tweede werkgroep werkt aan een format voor een medische machtiging. Zodra de eerste resultaten van die werkgroepen beschikbaar zijn, zal worden gewerkt aan nieuwe beginselen voor de GBL. Maar ook elders wordt aan verbeteringen gewerkt. De GAV en de artsen van de WAA zijn inmiddels ver gevorderd met het tot stand brengen van één beroepscode voor alle medisch adviseurs. De stichting PIV heeft een werkgroep in het leven geroepen om te komen tot een nader toelichting bij de nieuwe Gedragscode verwerking persoonsgegevens. Het medisch beoordelingstraject bij letselschade staat op verschillende plaatsen nadrukkelijk op de agenda. Met vereende krachten moet het lukken om het grootste knelpunt in de afwikkeling van letselschade daadwerkelijk aan te pakken.

---

21. Deze richtlijn is nog nergens gepubliceerd.

22. Zie in dit verband bijv. R. Westerweel, 'Trugkieke', L&S 2005 nr. 4, p. 6-8.

23. [www.rechten.vu.nl/iwmd](http://www.rechten.vu.nl/iwmd) > projecten > medisch beoordelingstraject bij letselschade